

Carta introductoria para Cuidado compasivo

Junto a la presente encontrará los documentos que necesitará llenar y enviar a nuestra asesora financiera para pacientes en los próximos 15 días. Si no pudiera hacerlo o si necesita ayuda, comuníquese con la asesora financiera para pacientes llamando al 574-224-1446.

En cada documento deberá ingresar información sobre sus antecedentes financieros y adjuntar documentación de apoyo. Si desea que se le considere para este programa siga los pasos indicados a continuación y marque cada paso cuando lo haya cumplido.

- Debe presentar una solicitud para el programa de Asistencia médica (Medicaid) y entregar pruebas de su rechazo.
- Si estuviera desempleado y recibe beneficios de desempleo, entréguenos una copia de su carta o aceptación de desempleo.
- Adjunte una copia completa de su Declaración de impuesto a la renta federal y los formularios W2.
- Adjunte una copia de dos estados de cuenta bancarios actuales completos de todas sus cuentas bancarias.
- Adjunte dos copias de comprobantes actuales de pago para todos quienes trabajen en el grupo familiar.
- Si recibe cupones para alimentos, incluya una carta de aprobación para cupones de alimentos con el monto en dólares emitida por el Departamento de niños y familia.
- Si recibe pensión alimenticia, incluya una carta de prueba y el monto en dólares recibido.
- Si vive con otra persona y usted no tiene trabajo, necesitaremos una carta de la o las personas que lo estén ayudando con sus necesidades financieras.
- Llene todas las secciones, firme y fecha la solicitud.

Si no adjunta todos los documentos indicados se producirá un retraso en el procesamiento de su solicitud.

Recuerde, si tiene alguna pregunta o inquietud o necesita ayuda para llenar los formularios de solicitud de asistencia para Cuidado compasivo, comuníquese con:

Asesora financiera para pacientes, al 574-224-1446

Entre las 8:00 a.m. y las 4:00 p.m.

Solicitud de asistencia para Cuidado compasivo

Nombre del paciente: _____ N.º de SS: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección del paciente: _____ N.º de teléfono particular: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Empleador del paciente: _____ N.º de teléfono del trabajo: _____
_____ Tiempo completo _____ Medio tiempo

Nombre del cónyuge: _____ N.º de SS: _____ Fecha de nacimiento: _____
Empleador del cónyuge: _____ N.º de teléfono del trabajo: _____
_____ Tiempo completo _____ Medio tiempo

Estado civil: (Encerrar solo una en un círculo)
Soltero Casado Viudo Divorciado Separado legalmente

Dependientes: (Indicar cada uno a continuación)

1. _____ Edad: _____ Parentesco: _____
2. _____ Edad: _____ Parentesco: _____
3. _____ Edad: _____ Parentesco: _____
4. _____ Edad: _____ Parentesco: _____

<u>Fuente de ingresos</u>	<u>Paciente-Mensual:</u>	<u>Cónyuge-Mensual:</u>	<u>Mensual total:</u>
Trabajo:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Seguro Social:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desempleo:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Admin. de veteranos:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Indemnización laboral:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Ingreso total:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Activos/Ahorros:

(Paciente y cónyuge en conjunto)

<u>Tipo</u>	<u>Ubicación</u>	<u>Monto</u>
Cuenta de cheques:	_____	\$ _____
Ahorros:	_____	\$ _____
Propiedad en alquiler:	_____	\$ _____
Cuentas a plazo:	_____	\$ _____
Cuentas para la jubilación IRA:	_____	\$ _____
Jubilación:	_____	\$ _____
Otro:	_____	\$ _____

Pasivos:

(Cuentas y deudas en conjunto)

<u>Tipo</u>	<u>Ubicación</u>	<u>Monto</u>
Hipoteca:	_____	\$ _____
Coop. de ahorro y crédito:	_____	\$ _____
Bancos:	_____	\$ _____
Tarjetas de crédito:	_____	\$ _____
Préstamos automotrices:	_____	\$ _____
Préstamos para estudiantes:	_____	\$ _____
Otro:	_____	\$ _____

Bienes/Propiedades:

Propiedad familiar: Ubicación _____
Valor imponible tasado: \$ _____ Vencimiento de hipoteca: _____
Otra propiedad: Ubicación _____
Valore imponible tasado: \$ _____ Vencimiento de hipoteca: _____

Solicitud de asistencia para Cuidado compasivo (continuación)

Bienes/Automóviles o camionetas:

Marca y año: _____ Valor estimado \$ _____ Saldo del préstamo: \$ _____
Marca y año: _____ Valor estimado \$ _____ Saldo del préstamo: \$ _____

Otros bienes - Vehículos recreacionales:

<u>Tipo:</u>	<u>Valor estimado:</u>	<u>Saldo del préstamo:</u>
Embarcación _____	\$ _____	\$ _____
Motocicleta _____	\$ _____	\$ _____
Motocicleta de 3 o 4 ruedas _____	\$ _____	\$ _____
Casa rodante _____	\$ _____	\$ _____
Moto de nieve _____	\$ _____	\$ _____

Gastos mensuales periódicos:

Alquiler \$ _____	Primas de seguro \$ _____
Pagos hipotecarios \$ _____	Medicamentos permanentes \$ _____
Servicios públicos \$ _____	Otro (especificar) \$ _____
Pagos de préstamo automotriz \$ _____	Otro (especificar) \$ _____
Pagos de otros préstamos \$ _____	

Si no hubiera indicado alguna fuente de ingresos de la familia, explique cómo se financia el grupo familiar. Por ejemplo, ¿cómo paga el alquiler, la comida, etc.?

¿Tiene algún reclamo pendiente o tiene pensado presentar uno a través de un abogado para recibir indemnización por desempleo, indemnización a trabajadores, o indemnización por responsabilidad de terceros? Sí _____ No _____

Omitir información o entregar información falsa será causa de rechazo permanente.

NOTA: El procesamiento de la solicitud podría verse retrasado si no se entregaran los documentos de comprobación necesarios.

Por la presente declaro que toda la información es verdadera a mi mejor saber y entender y autorizo a Woodlawn Hospital a comprobar la información antes indicada y verificar mi crédito a través de la oficina de información de crédito.

Firma del paciente (o parte responsable)

Fecha